

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

117

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 22 décembre 1898, à 1 heure

Né à Piatra-N. (Roumanie) le 13 mars 1875.

Par SOCRATE LALOU

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TABES

Chez les deux conjoints

Président : M. RAYMOND, professeur.

*Juges : { MM. BERGER, professeur.
CHARRIN et QUÉNU, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

117

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 22 décembre 1898, à 1 heure

Né à Piatra-N. (Roumanie) le 13 mars 1875.

Par SOCRATE LALOU

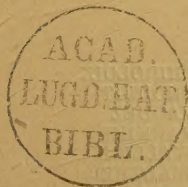
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TABES

Chez les deux conjoints

Président : M. RAYMOND, professeur.

*Juges : { MM. BERGER, professeur.
CHARRIN et QUÉNU, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*



PARIS
JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doct.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE,
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies du système nerveux.	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	PINARD.
	BUDIN.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ).	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
PIERRE DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERRY	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES TRÈS CHERS PARENTS

ET A MES FRÈRES

A MONSIEUR LOUIS BASSET

A MONSIEUR ET MADAME PYRAME NAVILLE

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON CHER ET VÉNÉRÉ MAÎTRE

MONSIEUR HANOT

Je dois mes premières paroles de reconnaissance à mon premier et plus cher maître Monsieur Hanot. Je n'étais que le plus humble de ses admirateurs, mais cette grande et belle figure médicale, restera à jamais pour moi l'objet d'une profonde vénération.

Au cours de mes études et surtout pendant mon séjour dans les hôpitaux, j'ai acquis d'autres dettes de reconnaissance et il m'est particulièrement agréable de remercier M. le professeur Dieulafoy, si généreusement dévoué à ses élèves. M. le professeur Tillaux, dont les leçons cliniques m'ont été si profitables, et M. Budin qui dirige avec autant de talent que de bonté le service d'accouchement de la clinique Tarnier.

Mais il est un maître entre tous, qui a été vraiment bon pour moi, c'est M. Déjerine, qu'il me permette de lui témoigner ici toute ma gratitude ainsi que la respectueuse admiration que j'ai pour sa haute valeur scientifique.

J'adresse aussi mes plus vifs remerciements à M. le Dr Bouglé, chirurgien des Hôpitaux, qui tout en m'honorant de son amitié a été pour moi un excellent maître et à M. le Dr Léopold Lévy ; élève

préféré de Hanot, pour toutes les amabilités qu'il a eues à mon égard.

Je ne veux pas oublier non plus l'aimable accueil que j'ai rencontré pendant mon séjour dans le service de M. Déjerine à la Salpêtrière, et notamment de M. Ghika, interne du service.

Parmi mes bons amis, j'ai à cœur de mentionner Jean-Ch. Roux, interne des hôpitaux, ainsi que Jean Monod, Edouard Lorenzo et Prosper Mermier.

M. le professeur Raymond, a eu l'obligeance de nous éclairer de ses conseils et de nous procurer une observation, aujourd'hui il nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre plus respectueuse reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TABES

CHEZ LES DEUX CONJOINTS

C'est à l'obligeance de mon bienveillant maître M. le D^r Déjerine, professeur agrégé, médecin de la Salpêtrière, que je dois le choix du sujet de ma thèse inaugurale ; je ne saurais jamais l'en remercier assez tant la bonté qu'il a eu à mon égard a été grande.

Quoique très peu fréquent, le tabès conjugal, est connu depuis plusieurs années et bien que la première observation que j'ai trouvée publiée et que je relate dans ma thèse, ne remonte qu'à l'année 1888, il n'y a pas de doute, que le tabès chez les deux conjoints a été observé plusieurs fois par nombre de médecins ; qui n'ont pas cru devoir ou qui n'ont pas pu les publier, étant donné que ces cas ne se rencontrent que difficilement dans la clientèle d'hôpital.

En dehors de la rareté, le tabès conjugal est intéressant par ce qu'il présente un certain nombre de particularités qui bien qu'inexplicables pour la plupart et sans aucun intérêt pratique, n'en éveillent pas moins à un haut degré notre curiosité clinique.

J'aurais voulu, en abordant ce sujet, en étudier à fond tous les détails ; mais je n'ai pas tardé à m'apercevoir que c'était une chose impossible ; car non seulement la grande majorité des innombrables questions que soulève le tabès conjugal reste encore sans solution ; par cette simple raison que le tabès à lui seul contient une foule de choses inconnues ; mais encore, l'étude de cette affection est bien trop délicate pour me permettre une pareille prétention ; d'autant plus que je n'avais qu'un nombre très insuffisant d'observations dont la plupart fort incomplètes.

D'autre part, convaincu que c'était une erreur de logique que de vouloir chercher à établir des données précises, dans un sujet où il n'y a au fond que des incertitudes, et ne voulant à aucun prix me hasarder à de vaines hypothèses ; j'ai résolu de limiter mon travail à l'étude consciencieuse des faits tels qu'ils se sont produits, sans chercher à les expliquer ; de cette façon, leur valeur qui est grande, restera entière et ne sera pas obscurcie par des discours inutiles.

Mais auparavant, comme l'affection qui nous occupe n'est somme toute que le tabès se rencontrant à la fois chez deux personnes, au lieu de se mon-

trer isolément chez l'une d'elle, comme c'est le cas habituel ; je crois qu'il est utile de donner un aperçu de l'histoire de cette maladie et de la manière dont on l'envisage aujourd'hui : ainsi ressortira mieux l'intérêt que comporte la présence du tabes chez deux individus, mari et femme, n'ayant entre eux aucun lien de consanguinité, qui sont aussi dissemblables que le peut faire le hasard du mariage, qui n'ont le plus souvent aucune tare héréditaire, qui étaient bien portants la veille et qui, un beau matin, se mettent à faire du tabes, sans savoir pourquoi ! Pourquoi ? On ne pourra répondre à cette question tant qu'on ne saura pas exactement ce que c'est que le tabes ; ou du moins si c'est demander l'impossible que de vouloir connaître la nature intime d'une maladie, du moins, dis-je, faudrait-il que l'on sût bien qu'elle est l'étiologie, qu'elle est la pathogénie du tabes ? Nous en sommes encore loin.

L'histoire du tabes est l'œuvre de la plus pure clinique. Le génie de Duchenne de Boulogne l'a créée de toutes pièces : sa description est un monument impérissable que les innombrables travaux produits depuis n'ont fait que compléter et embellir. Mais la clinique semble aujourd'hui, avoir presque épuisé le domaine de l'observation et pour faire de nouveaux progrès, elle doit s'aider du concours et des méthodes des sciences de précision, qui ne sont que des voies d'investigation pour elle ; et c'est à ces sciences connexes que les cliniciens

demandent aujourd'hui la solution des nombreux problèmes que soulève le tabes et c'est à elles que sont dues les plus récentes acquisitions de la clinique.

Mais jusqu'ici, nous n'avons pas encore de réponse précise aux questions que nous nous sommes posées au début. Nous devons attendre beaucoup cependant de l'anatomie pathologique qui, presque seule, a fait les frais des travaux récents et de la bactériologie qui n'a pas encore dit son premier mot; et qui sait, si ce n'est pas elle, ou une autre méthode que nous ignorons, qui nous apportera enfin la lumière, mettra fin à nos incertitudes et à nos soupçons et peut être aussi nous donnera le remède efficace.

Depuis Duchenne de Boulogne on a fait certainement de grands progrès dans l'étude du tabes, et on est arrivé même à des notions si générales qu'on considère aujourd'hui le tabes, comme une affection spéciale du système nerveux en général, qui s'accompagne de lésions déterminées de la moelle.

Pour bien comprendre l'importance de cette conception, surtout au point de vue étiologique, je vais citer les paroles de M. le professeur Raymond qui se demande dans l'article Tabes du *Dictionnaire Encyclopédique*, si le « tabes ne serait pas l'aboutissant possible de toute atteinte grave portée au système nerveux sensitif » et M. Raymond résume admirablement en quelques lignes l'état actuel de notre savoir, en ajoutant les paroles suivantes aux

précédentes : « Il n'y a rien de contraire aux enseignements actuels de la physiologie, de supposer les divers systèmes organiques des centres nerveux comme étant dans une certaine indépendance les uns par rapport aux autres. On conçoit qu'un système nerveux, déchu par l'hérédité directe ou indirecte, doué d'une capacité de résistance moindre à l'égard des causes de détérioration, puisse être envahi par une dégradation progressive sous l'influence de causes pathogènes multiples ».

Il n'y a pas de doute que cette idée d'ensemble sur le tabes est un progrès et c'est même satisfaisant pour l'esprit, que de faire dériver le tabes à la fois : du malade, des causes pathogènes multiples et de cette indépendance élective des centres nerveux.

Mais le malade préparé par son hérédité, ses antécédents personnels, par sa prédisposition ou par son coefficient de vulnérabilité et par toutes les causes pathogènes connues, inconnues et possibles, ne fera jamais du tabes que dans des conditions déterminées. C'est ce que nous enseigne la plus élémentaire pensée clinique et il est impossible qu'il en soit autrement; car il ya au moins autant d'individus qui ont des antécédents aussi mauvais que ceux des tabétiques et qui ne font pourtant pas de tabes.

Il faut constater ce fait et reconnaître tout de suite que la raison nous échappe; car j'ajouterai, sans vouloir en citer aucune, que de toutes les causes pathogènes invoquées jusqu'ici, si toutes n'ont pas paru insuffisantes aux yeux de certains auteurs, au-

cune n'a reçu jusqu'ici une démonstration satisfaisante.

Invoquer des exemples? Montrer des belles statistiques? ce n'est pas faire une démonstration.

On admet aujourd'hui que non seulement le tabes est une maladie dont la symptomatologie est des plus riches, pour ne pas dire la plus riche, mais encore qu'il a une marche variable qu'il n'existe pas dans deux cas identiques de tabes. Or le polymorphisme d'une maladie oppose généralement de sérieuses difficultés à la recherche des causes étiologiques et il est donc difficile d'admettre qu'on puisse faire une bonne statistique avec des faits aussi dissemblables que ceux du tabes; mais même en négligeant ce fait, il est certain que jamais une statistique, si irréprochable qu'elle soit, ne pourra suffire à établir l'étiologie de la plus simple maladie; car quelle que soit sa valeur, elle n'aura jamais la force de résister devant un seul fait négatif certain.

Bien entendu, elle est une méthode précieuse pour nous mettre sur la voie, dans ce genre de recherches: elle éveille notre attention sur les rapports d'un plus grand nombre de faits et peut devenir intéressante en ce sens, nous en voyons la preuve dans les résultats étonnants qu'elle fournit chaque jour à l'information clinique. Mais, je le répète, la statistique ne peut avoir l'importance, que des esprits de grande valeur, frappés par la majesté des chiffres, ont bien voulu lui donner et que pour arriver à des notions étiologiques précises, il

faût suivre les voies de logique et de contrôle des méthodes scientifiques qui elles seules, peuvent et sont en train de mener à bien cette lourde tâche.

En attendant le beau rôle reste toujours réservé à la clinique, qui s'inspire de l'observation fidèle des faits et ne s'appuie que sur des données bien contrôlées, qui gardent toujours leur valeur et ne partagent pas le sort des théories et des interprétations.

Car aujourd'hui on ne peut plus admettre qu'un effet, qui est une maladie, soit le résultat d'une simple coïncidence ; cette manière d'envisager les faits serait presque aussi illogique que celle qui consiste à leur accorder une cause providentielle.

Partant de ces principes pour revenir à l'étude du tabès, dont la cause est encore à trouver, on peut supposer que le tabès conjugal, relève d'une cause unique, qui contribuerait à faire la même maladie chez les deux époux.

Je sais que cette déduction, qui me paraît logique, pourra être regardée comme hâtive ; pour cette raison que nous ne connaissons pas assez le tabès, pour pouvoir identifier deux cas différents de cette maladie, et leur attribuer une cause unique, d'autant plus, qu'avec les idées qu'on a aujourd'hui sur le tabès, on pourrait admettre une cause différente chez les deux époux ; mais je crois quand on a un nombre assez grand d'observations de tabès conjugal qu'il serait plus illogique de s'engager dans cette voie, du reste après la lecture même des ob-

servations rapportées dans mathèse, cette remarque semblera plus naturelle.

Ma première pensée en abordant ce sujet a été de pouvoir en tirer quelque profit, au moins au point de vue de l'étiologie du tabes; tant le sujet par sa nature même, paraissait favorable à cet ordre de recherches. Aujourd'hui bien que je n'aie pas abouti à des considérations autres que celles généralement admises je garde toujours ma première pensée; car ce genre de faits particuliers et répétés un certain nombre de fois, présente certainement un grand intérêt: leur interprétation par cela même qu'elle est très difficile est instructive.

Des faits comme le tabes conjugal ne peuvent être expliqués par la communauté de vie physique: d'identité d'alimentation, de climat, d'habitudes ou par l'identité de préoccupations morales! comme on a essayé de le faire sans succès d'ailleurs pour le diabète conjugal; ces faits ne peuvent pas non plus être expliqués à l'aide de causes que l'on invoque banalement dans l'étiologie de toutes les maladies nerveuses que l'on ne connaît pas, telles que la fatigue, le surmenage, voire même l'humidité et le froid, qui est assurément un terme plus général, mais qui à lui tout seul ne peut jouer non plus qu'un rôle accessoire; de même est-il besoin d'ajouter que dans ce genre de maladies, il ne faut admettre qu'avec une réserve expresse tout état de prédisposition, lorsque l'hérédité ne se retrouve pas dans les antécédents d'une manière évidente? Que reste-t-il alors, sinon la voie scien-

tifique de l'infection ou de l'intoxication? et ce n'est pas elle, que semblent indiquer ces quelques cas de tabes conjugal? n'ont-ils pas le droit d'être appelés intéressants?

On nous pardonnera de nous être laissé entraîner, sur des points si connus, à de longues discussions sans aucune portée pratique, — c'est ce que nous regrettons le plus dans notre thèse, — mais nous avons fait notre possible et en dehors de cette longue entrée en matière, nous nous en sommes tenu à la reproduction exacte et fidèle de tous les travaux que nous avons eus sous la main; tout ce qu'il y a à leur suite, n'a d'autre intérêt que de préciser quelques particularités et de mieux mettre en évidence des faits plus particulièrement intéressants.

J'aurais pu partager l'ensemble des faits cliniques étudiés dans ma thèse en deux catégories : la première qui contiendrait des observations dont la valeur serait seulement numérique ; la seconde qui réunirait des observations ayant en outre un intérêt spécial et se prêtant à des considérations plus ou moins importantes.

Mais je n'apprécie pas beaucoup l'avantage de pareille division, et, dans l'espèce tous les faits me paraissent d'égale valeur. Sans doute, il en est qui sont mieux observés, plus judicieusement analysés, tandis que d'autres ne sont relatés que d'une manière sommaire : mais comme toutes ces observations nous mènent à peu près aux mêmes conclusions, de valeur assez restreinte du reste, je me contenterai de les classer simplement d'après leur ordre chronologique évitant ainsi d'exagérer ou de méconnaître leur importance ; par excès de précaution, je me suis astreint à les citer textuellement ou à les traduire avec un soin méticuleux.

Il y a en tout 16 observations ; 7 sont en langue anglaise (dont 4 rapportées par le même auteur), 6 en langue allemande (dont 2 du même auteur) et 3 en français.

Sur ces 16 observations, 6 ne sont relatées que d'une

manière tout à fait sommaire, et je dirai même que les meilleures pèchent par ce petit défaut ; du reste, les cliniciens ont toujours été sobres de paroles.

La première observation en est la preuve, elle est de Strümpell, et remonte à l'année 1888 ; elle se trouve publiée dans le *Neurologisches Centralblatt*, de la même année.

A propos d'un cas de paralysie générale survenue chez une fillette de 13 ans, Strümpell en donnant quelques aperçus sur l'importance de la syphilis comme facteur étiologique de cette maladie, relate en même temps l'observation suivante de tabès conjugal.

Mr B... se maria il y a 12 ans en pleins accidents secondaires : plaques muqueuses, roséole et trois ans après il eut une paralysie subite du moteur oculaire commun, qui disparut quelque temps après sans laisser de trace ; mais immédiatement après il eut des douleurs lancinantes dans les os, à la suite desquelles se déclara un tabès manifeste, avec absence des réflexes, pupilles punctiformes, ataxie, etc. etc.

Quelques années plus tard, Mme B..., eut des douleurs dans les jambes, ces douleurs furent suivies d'incertitude de la marche et bientôt on put diagnostiquer chez elle aussi, sans aucun doute, le tabès.

En outre, sur la face antérieure du bras droit de cette malade,

on voyait une lésion tertiaire de syphilide serpiginieuse, comme preuve certaine de son infection syphilitique.

A cause de la brièveté de cette observation, nous ne pouvons retenir qu'un seul fait, mais dont la valeur est capitale : c'est que les deux malades ont dans leurs antécédents d'une manière indubitable la syphilis et qu'il y a lieu de tenir compte dès à présent du rôle de cette affection dans l'étiologie du tabes, d'autant plus que la femme présente une lésion de syphilis tertiaire, coïncidence extrêmement rare.

Je ne saurais mieux faire que de traduire à peu près textuellement aussi, l'intéressante observation d'Ormerod, relatée dans le *Hospital Reports* de 1889 ; c'est une des meilleures de la collection, surtout au point de l'analyse des symptômes, bien qu'elle manque de précision dans les dates, ce qui eût ajouté singulièrement à sa valeur.

Mme Charlotte B..., âgée de 37 ans, vint à la consultation externe de l'Hôpital Queen's Square le 1^{er} avril 1884.

Femme brune, amaigrie, ayant la face pâle sur laquelle se dessinait une expression de tristesse.

Elle se plaignait de douleurs qui siégeaient principalement dans les jambes et qui dataient de trois ans environ, en outre elle se plaignait aussi d'une sensation de constriction de l'abdomen, cette sensation durait depuis un an, revêtant comme les douleurs le type rémittent.

Pendant la nuit elle avait des secousses qui l'empêchaient de dormir.

Il y a deux mois, elle a commencé à avoir des vomissements, sa dernière crise qui datait de dix jours a été particulièrement forte.

L'allure de la marche était naturelle sauf qu'elle regardait ses pieds quand elle tournait.

Les reflexes patellaires étaient presque absents ; on observait seulement du côté droit, la contraction du quadriceps, qui était incapable de soulever le pied ; du côté gauche, cette contraction était à peine visible.

Les pupilles de grandeur moyenne, étaient inégales, la gauche était plus grande que la droite, les deux ne réagissaient qu'à l'accommodation.

Pendant le mois d'avril on eut l'occasion de revoir à plusieurs reprises la malade et on compléta l'observation de la manière suivante :

Le signe de Romberg n'est pas très marqué, mais visiblement elle se tient moins fermée sur ses jambes quand elle a les yeux fermés. Les reflexes plantaires sont très faibles des deux côtés.

Le 15 avril on a obtenu quelques fois, le reflexe patellaire gauche, mais le droit a toujours été absent.

La sensibilité est altérée dans toutes ses formes. On n'a pas recherché la sensibilité musculaire, mais elle ne se plaignait pas de perdre les jambes dans son lit. Elle n'avait pas non plus d'engourdissements dans les doigts, quoique quelquefois ils devenaient raides.

On n'a pas noté la réaction électrique.

Sur la face plantaire, du gros orteil et du petit orteil, des deux côtés, et sur la face plantaire de l'articulation de la première avec la seconde phalange du gros orteil, on voit un épaissement notable de l'épiderme ; qui sur le gros orteil droit a été le siège d'ulcères profonds, successifs, et le dernier en date a duré depuis l'été précédent jusqu'il y a un mois.

Le signe d'Argyll-Robertson est net. Pas de diplopie, elle n'en a jamais eu. L'acuité visuelle est presque normale, peut-être voit-elle mieux avec l'œil droit. Le champ visuel est concentrique,

mais très petit dans les deux yeux ; à l'examen ophtalmoscopique on n'a rien observé de particulier dans le fond de l'œil.

L'ouïe n'est pas normale ; la malade entend un peu mieux de l'oreille droite, mais probablement cela tient à des lésions de l'oreille moyenne. La membrane du tympan du côté droit, est épaissie et irrégulière, celle du côté gauche est un peu opaque et rétractée dans son segment antérieur.

Elle a de temps en temps des vertiges, avec la sensation que le plancher se meut de haut en bas.

Les fonctions de la vessie et du rectum sont normales, mais elle est souvent constipée.

Les douleurs constituent le symptôme principal ; à deux reprises elle a été frappée par ces douleurs, qu'elle croyait rhumatismales.

Elles siègent dans tout le corps, particulièrement au dos, avec irradiation en ceinture ; dernièrement elle a souffert pendant trois mois avec quelques rémissions.

Depuis 15 jours elle est à l'hôpital.

Elle se plaint aussi de palpitations, mais cette affection ne se traduit par aucun signe perceptible à l'examen du cœur.

Les crises gastriques datent du mois de novembre 1883.

Depuis quelques jours elle se plaint de douleurs dans la région ombilicale, à la suite desquelles, elle eût des vomissements de couleur verdâtre, qui persistent malgré une abstinence complète d'aliments, sans qu'elle sache à quoi les attribuer.

Six ou huit mois après la naissance de son unique enfant, elle contracta la syphilis, qui doit être attribuée à son mari.

Elle eut des éruptions sur les parties génitales avec roséole et des maux de gorge. Depuis elle n'a pas eu d'autres grossesses.

Les symptômes qu'elle présenta par la suite sont les suivants :

Juin 1884. — Elle eut une autre crise de vomissements, avec douleur dans le dos qui dura pendant trois jours.

15 juillet. — Elle eut des douleurs en coups de poignard dans le dos, dans l'abdomen et dans les épaules. Le gros orteil droit a été le siège d'une ulcération, mais à présent elle est à peu près cicatrisée.

Les réflexes patellaires sont presque abolis des deux côtés.

Elle eût une sorte de rémission jusqu'au mois de septembre, quand les douleurs en ceinture réapparurent accompagnées d'une autre attaque de vomissements qui dura pendant trois jours. Les palpitations survinrent de nouveau. L'impulsion cardiaque est renforcée et plus rapide et à présent le premier bruit est devenu suspect.

18 août 1885. — Le malade est de meilleure apparence que l'année dernière : mais les douleurs ont réapparu dernièrement.

Le gros orteil droit, est de nouveau le siège d'une ulcération; qui est en train de se cicatriser. La jambe droite se gonfle pendant la nuit. Les douleurs sont particulièrement sévères dans le gros orteil et la jambe droite. A présent on perçoit distinctement le souffle systolique qui a un caractère rude. L'engourdissement des jambes a persisté, mais il ne remonte pas au-dessus des cuisses.

15 décembre. — Les réflexes patellaires sont complètement absents, même après des manœuvres de renforcement.

2 février 1886. — Depuis quelque temps, à la suite de la mort de sa mère, les douleurs dans les jambes, sont devenues tellement violentes qu'elle fut obligée de garder le lit. La nuit dernière les vomissements sont apparus, avec la même intensité que pendant les

huit derniers jours. Elle n'est pas encore remise de son attaque de douleurs en ceinture.

Son état s'améliora dans les trois ou quatre derniers mois, mais au mois de juin et juillet 1886, elle eût de nouveau des douleurs, mais ne vomit plus cette fois.

A ce moment l'examen des pupilles donna une faible contraction du côté gauche, tandis que la pupille droite restait presque immobile.

C'est la dernière note, que le D^r Ormerod a pris sur cette malade, mais il pense que depuis la mort de son mari, survenue le 15 décembre 1886, son état général ne s'est pas amélioré.

M^r. Alfred B..., âgé de 38 ans, garçon de magasin, mari de la malade qui fait l'objet de l'observation précédente, est venu consulter le D^r Ormerod à l'occasion de la seconde visite de sa femme.

8 avril 1884. — Il était de mauvaise apparence, pâle et amaigri; il se plaignait principalement de ne pas pouvoir marcher convenablement et d'avoir de la peine à rester debout. Depuis deux ans ou davantage, il a des douleurs fulgurantes, qui siègent principalement dans les jambes. Au mois de novembre dernier, étant allé chercher la nuit un médecin, pour sa femme qui était malade, il rentra tout émotionné et depuis il n'a pas été capable de marcher convenablement.

Depuis environ un mois, il n'a plus d'appétit sexuel. Il a de même des troubles de la miction. En outre il a des engourdissements et une sensation de froid dans les jambes.

Il ne peut marcher qu'avec une canne, il jette en l'air le pied

droit, et présente le signe de Romberg. Avec des béquilles il peut rester debout, mais il tombe dès qu'il ferme les yeux. Les réflexes crémastériens et plantaires sont faibles. Le réflexe du genou est absent. Les jambes ne sont pas amaigries.

La sensibilité est altérée dans ses trois modes et plus particulièrement dans le côté gauche.

Il n'a jamais eu de diplopie, mais il a eu une ulcération de la cornée gauche, les pupilles sont petites, égales et présentent le signe d'Argyll.

Le diapason sur le front est perçu également des deux côtés, quoique l'ouïe soit meilleure du côté droit, à cause d'une perforation du tympan, qui siège de l'autre côté ; mais cette affection n'est probablement que périphérique.

Il n'y a pas de troubles trophiques distincts, sauf qu'il dit avoir eu un ulcère du gros orteil droit.

Il est peu affirmatif sur la question de la syphilis, mais il avoue avoir eu la blennorrhagie avant son mariage et dit, sans pouvoir préciser la date, qu'il a eu des boutons sur le gland et le prépuce, des adénites ainsi qu'un mal de gorge.

Pendant le reste de l'année, il a beaucoup souffert de maux de tête et d'insomnie, en même temps il était très agité. Il disait qu'il allait devenir fou.

25 août 1885. — L'insomnie qui avait cessé depuis quelque temps, réapparut. Il était très découragé. Il ne pouvait marcher qu'à l'aide de béquilles et présentait un vrai type d'ataxie.

27 octobre 1885. — Incontinence des matières fécales et perte des urines, goutte à goutte.

Mai 1885. — Il fut reçu à l'hôpital, on porta le diagnostic ferme d'ataxie locomotrice, affectant les jambes et non pas les membres supérieurs.

Consécutivement on observe chez lui un état d'esprit particulier, mais on ne crut pas rapporter ce fait au médecin.

S'étant amélioré il quitta l'hôpital, au mois d'août. Il partit en voiture, offrit à boire au cocher et lui paya largement sa course ; ensuite il hypothéqua ses biens et emprunta de l'argent à ses voisins, en racontant à tout le monde qu'il était un richard. Pendant la nuit il fut violent avec sa femme et son enfant.

Amené chez le D^r Ormerod, il lui raconta avec effusion qu'il pouvait faire une course de cinq milles, alors qu'il pouvait à peine traverser sa chambre.

Le pouls était plus fréquent et irrégulier, la langue était libre et non tremblotante, les lèvres non plus ne tremblaient pas et la parole n'était pas défectueuse.

Il a été vu pour la dernière fois par le D^r Ormerod au Bethual-House Asylum, le 13 décembre 1886.

Le malade était depuis quelques jours, complètement immobilisé au lit. Il avait un mauvais aspect et était très amaigri. La voix était voilée et on le comprenait difficilement, sa langue était sèche et rouge, mais elle ne tremblait pas.

Après quelques instants, il reconnut son médecin et le remercia de nouveau avec profusion de paroles, racontant qu'il pouvait marcher à présent cinq cents milles, que ses dents ont poussé de nouveau, etc., etc.

On diagnostiqua sans peine une paralysie générale, quoiqu'il n'eût pas le tremblement essentiel de la langue.

Il est mort le 15 décembre 1886, l'autopsie a été faite le lendemain, qui confirma le diagnostic et elle est relatée avec détails dans l'observation. Je ne crois pas utile de la donner ici, car elle n'a pas d'autre intérêt pour nous.

Je n'ai pas besoin d'insister beaucoup après cette longue observation sur le rôle presque certain qu'a joué la syphilis dans ces deux cas.

Il n'y a pas de doute que l'homme a eu « des boutons sur le gland et le prépuce » qui ont entraîné « un mal de gorge » suivi de céphalée violente et d'insomnie; et du reste l'évolution finale de la maladie ne saurait laisser aucun doute à ce sujet. Quant à la femme, il est pour le moins aussi démontré qu'elle a été infectée à son tour; les éruptions sur les parties génitales, la roséole, les maux de gorge sont des signes de quasi-certitude, ajoutons qu'après la naissance de son enfant, elle n'a plus eu de grossesses.

Le second fait à retenir de cette observation est cette marche rapide du tabes chez le mari, suivie deux ans après de paralysie générale et de mort.

Enfin notons, en troisième lieu, que si les douleurs fulgurantes sont apparues une année avant chez le mari, il est vraisemblable que l'intervalle entre la syphilis et le tabes a été plus long chez lui que chez sa femme.

La troisième observation est due à Dawson-Turner, publiée dans le *Lancet* du 1^{er} novembre 1890 ; quoique d'une brièveté regrettable, elle n'est pas sans présenter quelque intérêt ainsi que nous allons le voir.

Un mari et sa femme, ayant dépassé tous les deux l'âge moyen, souffraient sévèrement depuis quelques années de syphilis ; la femme a eu plusieurs avortements avant d'avoir un enfant vivant.

Les deux époux ont fait ensuite du tabès, tabès qui s'est manifesté, d'une manière différente, chez les deux conjoints.

Le mari souffre principalement d'ataxie, ne peut marcher dans l'obscurité qu'en se guidant sur les objets environnants, qui lui servent de point d'appui ; il a toujours peur de buter à quelque chose, et regarde toujours ses pieds ; les yeux fermés il est incapable de rester debout.

La femme est peu ataxique, mais elle souffre beaucoup de douleurs fulgurantes, elle présente le sigde d'Argyll-Roberston et n'a pas de réflexes patellaires.

Un de leurs enfants, a une insuffisance aortique, il bégaye et ne peut pas écrire avec assurance : il a continuellement une secousse des muscles volontaires et dès qu'on lui demande de fixer un objet, il a du nystagnus.

Il n'est pas ataxique et ne présente pas de signe de Westphall.

Notons en passant que la femme qui est moins ataxique que son mari a des douleurs fulgurantes plus violentes. Mais l'intérêt de cette observation, ajoute l'auteur, consiste : « dans le fait que le tabès s'est en quelque sorte partagé entre les deux époux ; le mari est devenu ataxique et présente le signe de Romberg, tandis que la femme peu ataxique a des douleurs fulgurantes, le signe Westphall et le signe d'Argyll. Le tout ferait un tabès complet ».

Pour nous, l'intérêt principal de cette observation est de présenter un cas de plus de tabès conjugal à la suite d'une infection syphilitique, qu'on aurait tort de qualifier de bénigne.

Il faut en outre noter, le rôle de l'hérédité sur un des enfants qui ébauche en quelque sorte la maladie de Friedreich, fait qui n'est pas commun et qui de plus, est atteint d'une insuffisance aortique.

Dans une étude approfondie sur le tabès, publiée dans le : *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde* de l'année 1892; Goldflam rapporte l'observation suivante de tabès conjugal qui est très belle et très bien prise.

M^r N..., propriétaire d'une fabrique de pierre à moulins, âgé de 37 ans, eut en 1882 la syphilis et la même année subit un traitement par frictions.

En 1884 il fut frappé d'une hémiplegie droite avec aplasie, dont il guérit. Il fit 3 traitements avec frictions à chacun. Excès de boissons.

Quelques années plus tard; douleurs fulgurantes aux jambes. Pas d'hérédité nerveuse, il est bien développé et son état est bon.

La marche est chancelante, signe de Romberg manifeste. Absence du réflexe rotulien et du tendon d'Achille. La sensibilité à la douleur est diminuée. Sensation de compression et de plénitude à l'épigastre. Inégalité pupilaire, elles réagissent faiblement à la lumière et très bien à la convergence.

Mme N., femme du précédent, avec lequel elle n'a pas de relations de consanguinité.

Elle est âgée de 30 ans. Il y a 9 ans, elle fut infectée par son mari de syphilis.

Depuis trois ans, elle a des douleurs lancinantes aux bras. De-

puis un an elle a de la faiblesse dans les jambes. Elle n'est au traitement spécifique que depuis un an. La marche est difficile. Il y a six mois environ qu'elle présente des troubles urinaires, se plaignant de ténésme douloureux accompagné de sensations de corps étranger à l'anus. Pas d'hérédité nerveuse. Un garçon âgé de 8 ans est bien portant. Pas d'avortement.

De taille moyenne, constitution robuste. Dans la position horizontale, les yeux fermés elle présente une incoordination marquée des jambes. Signe de Romberg net. Absence des réflexes tendineux, troubles de la sensibilité aux jambes. Sensation de constriction à la mamelle. Pupilles moyennes, ne sont pas rondes, elles réagissent faiblement à la lumière et bien à la distance.

Dans cette observation, où l'auteur a eu soin de spécifier qu'il n'existe ni de la part du mari, ni de celle de la femme de l'hérédité nerveuse, de même qu'il n'existe pas de relation de consanguinité et que les deux conjoints jouissaient d'une constitution robuste, il n'y a pas lieu d'incriminer d'autre cause dans l'étiologie du tabes, que la syphilis. Je ne sais pas quel rôle on doit attribuer aux excès alcooliques; si on voulait, tout au plus, pourrait-on à la rigueur les compter pour quelque chose, dans l'hémiplégie droite avec aphasie, survenue deux ans après l'infection syphilitique! mais dépasser cette limite il me semble que ce serait aller trop loin,

Donc, dans le cas présent, comme dans la grande majorité, c'est la syphilis qu'on trouve dans les antécédents des tabétiques. Et ici, on a le droit de supposer que cette syphilis a été même bien soignée

et cependant le tabes est survenu d'une manière rapide chez les deux époux. Cette dernière remarque ; syphilis bien traitée chez des sujets aisés, jeunes et robustes, a sans doute une certaine importance.

A la société de Psychiatrie de Berlin, séance du 16 mars 1895, publiée dans le *Neurologisches Centralblatt*, Mendel rapporte 7 cas personnels de paralysie générale ou de tabès chez le mari et la femme.

La première observation concerne un couple, où le mari après 15 années de mariage fait de la paralysie générale et meurt trois ans après, à la suite de cette maladie ; la femme six mois après la mort de son mari, fait aussi de la paralysie générale (1).

Les autres six cas sont remarquables en ce que le mari fait toujours de la paralysie générale, tandis que la femme ne fait que du tabès.

Parmis d'autres observations des plus intéressantes

1. Les cas de paralysie générale conjugale sont certainement plus nombreux et mieux connus que ceux de tabès. Je n'ai pas trouvé de monographie sur cette question, mais j'ai trouvé des cas publiés ou cités; ainsi Mendel dit en avoir observé à lui seul 7, Gudden 20, Streitberger 2, Strümpell, Siemerling, Westphall, Cullère, en ont observé de leur côté, Luhrman a publié deux cas dans le *Neurolog. Central.* de 1895.

Parmi ces observations il y en a quelques-unes de paralysie générale seulement, chez le mari, tandis que la femme était tabétique. Jendrassik rapporte un cas dans le *Neurolog. Central.* de 1879, Mendel, Siemerling en ont publié d'autres. Je n'ai pas encore vu mentionné un seul fait de paralysie générale chez la femme, avec tabès uniquement chez le mari.

nous trouvons aussi une observation de tabès conjugal, que nous reproduisons textuellement.

Mr. Z., âgé de 51 ans, est marié depuis 23 ans. Il a eu la syphilis, mais ses enfants sont bien portants. Neuf ans après son mariage il a le tabès. Diagnostic confirmé par Mendel en 1892. C'était un type de tabès.

En 1894, le malade dût être interné dans un hospice, pour de la paralysie générale.

La femme, était atteinte de tabès cinq années avant l'apparition de cette maladie chez son mari, c'est-à-dire il y a 15 ans. On constate chez elle : le signe de Wetphall, le signe d'Argyll Robertson et de l'ataxie des membres inférieurs.

Mendel fait ensuite les remarques suivantes : que dans les cas conjugaux, le mari est beaucoup plus souvent atteint de paralysie générale que la femme, qui fait de préférence du tabès (affection qui est rare chez la femme) et qu'en règle générale c'est toujours le mari qui commence la maladie nerveuse, la femme n'étant atteinte que quelque temps plus tard. Il confirme ensuite l'opinion connue, que ce genre de maladie, est plus fréquente dans la classe pauvre et dit que sur les dix-huit cas de maladie conjugale, dont il a connaissance, il a trouvé huit fois la syphilis dans les antécédents des deux époux et cinq fois il a trouvé cette maladie chez le mari seul ; mais il ajoute : et quoique le fait soit un peu en dehors de mon sujet, je ne peux m'empêcher

de citer l'autorité de Mendel, pour montrer combien la syphilis est difficile à dépister chez la femme, même quand les accidents primaires et secondaires ne sont passés inaperçus, ce qui arrive souvent : « Sur dix fois où les femmes niaient formellement, dit Mendel, avoir eu la syphilis, après un interrogatoire minutieux, elles avouèrent que leur mari avait eu la syphilis ».

Je ferai remarquer seulement que dans l'observation de Mendel, le tabes « a débuté chez la femme 5 années plus tôt que chez le mari » et nous allons voir ce fait se reproduire presque toujours dans nos observations de tabes conjugal.

En second lieu, je voudrais attirer l'attention sur ce fait que le syphilis a dû être bénigne car il n'est pas fait mention particulière dans l'observation : nous avons la preuve chez les 3 enfants, qui ont été tous bien portants, ce que nous n'allons plus rencontrer souvent, dans les observations de tabes conjugal.

Le Dr Weir Mitchell communiqué à la Société de Neurologie de Philadelphie, le 26 novembre 1894 quatre cas de tabes conjugal ; malheureusement il ne nous donne quelques détails que sur le premier cas, qui est de la clientèle du Dr Savary Pearce et se trouve publié dans le : *Journal of Nervous and mental disease de New-Yorck*, année 1895 ; quant aux trois autres observations, intéressantes au point de vue de l'étiologie il ne fait que les mentionner.

M^r J. W..., meunier, âgé de 51 ans, ayant de bons antécédents héréditaires, jamais de maladie nerveuse dans sa famille, il nie toute espèce de maladie vénérienne.

Aucune maladie aiguë récente.

Depuis environ 20 ans, il a eu beaucoup de soucis en soignant sa femme, avec laquelle il n'a pas de liens de consanguinité, et qui se trouve à une période avancée du tabès ; néanmoins jusqu'il y a un mois sa santé a été parfaite.

Le 26 octobre 1894, vers les 3 h. 1/2 de l'après-midi, quittant son travail pour aller à la porte de son bureau, il eût une sensation de vertige et cinq minutes après il fut frappé subitement d'une diplopie, n'ayant ni maux de tête, ni aucun autre symptôme subjectif, la marche était normale quoiqu'il avait toujours cette sensation de vertige.

Il rentra chez lui conduisant lui-même le cheval et après une course d'environ trois kilomètres, il put mettre tout seul, le cheval à l'écurie, n'étant autrement incommodé que par la vue double des objets, à laquelle il obviait en fermant un œil.

La diplopie est restée telle qu'elle, depuis son apparition jusqu'à présent. •

Le lendemain, il alla en voiture pour des affaires, il fit de nouveau un trajet de 5 kilomètres.

Le 28 octobre. — Usant de papier de toilette il ressentit une sensation étrange à la région anale.

Le 29 octobre. — A l'examen ophtalmoscopique on trouva quelques troubles du nerf optique gauche.

Il ressentit de nouveau cette sorte de paresthésie du côté du scrotum et du gland. Les sphincters vésical et anal sont intacts.

Le 31 octobre. — Ressent de la faiblesse dans les genoux et pour la première fois, il eut de la difficulté de la marche. Aucun autre symptôme.

Le 5 novembre. — A 8 heures du soir lorsqu'il allait se coucher un point noir, qu'il ne pouvait effacer, lui apparut devant l'œil droit. Se couchant il éprouva bientôt une sensation de chaleur et une sorte de frémissement siégeant à la nuque, le pouls devenu incomptable, le malade se trouve en proie à des secousses généralisées de la tête aux pieds, qu'il considère comme des plus pénibles ; en même temps il eut la sensation non moins pénible d'arrêt de la respiration et une oppression à la région précordiale. Tout ceci, dura cinq minutes environ, le pouls descendit immédiatement à 96 par minute ; mais vingt minutes plus tard survint une autre attaque semblable ; une heure après cette dernière, survint une troisième, qui a été moins sévère que le

précédentes. Le malade quoique ne souffrant plus, a été agité et n'a pas pu dormir toute la nuit.

Le lendemain 6 novembre, il pouvait marcher, mais il se sentait très faible et avait toujours la sensation de tomber. Marchant sur des carreaux de brique, il lui semblait qu'il marchait sur un tapis, et le tapis lui donnait la sensation de marcher sur un oreiller en plumes, cette sensation a persisté jusqu'à présent.

Le même jour il ressentit un engourdissement du pied gauche.

7 Novembre. — Les orteils du pied droit s'engourdissent, de même que les doigts de la main gauche; mais cet engourdissement n'est pas aussi intense que celui du pied et de la jambe gauche.

8 Novembre. — La main droite s'engourdit aussi. Le malade a plus de difficulté à marcher, mais interrogé sur ce sujet, il ne croit pas qu'en ce moment il aurait plus de difficulté à marcher dans l'obscurité.

Une sensation générale d'engourdissement, suivie à certains moments de picotements s'est dissipée par l'exercice.

Le 20 novembre, il eût pour la première fois de la vraie douleur en crises dans l'hypocondre et dans le mollet gauche; ce qui s'est répété plusieurs fois dans la nuit et avec plus d'intensité.

Etat actuel. — L'état physique est bon; pas de difformité locale, pas de points douloureux, pas d'atrophie. Les poumons, le foie, la rate sont normaux.

On constate un deuxième bruit aortique clangoureux, avec une légère augmentation de la tension artérielle.

Pas de troubles de l'appareil digestif, pas de troubles vésicaux.

L'urine est normale (un excès d'urates dans les urines d^e soir).

Le malade n'a pas perdu de son poids.

Les yeux ouverts il se tient debout, mais les yeux fermés, il oscille visiblement. Les réflexes patellaires et ceux du tendon d'Achille sont totalement abolis (même avec la manœuvre de Jendrassik). Les réflexes abdominal et crémassérien existent.

Les réflexes du coude sont augmentés.

La sensation du toucher est normale de même la sensibilité à la chaleur et à la douleur (excepté à la région anale et de scrotale).

La marche est vacillante et il a manifestement besoin d'une canne pour se guider.

Les mains ne sont pas ataxiques. Les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation, le fond des yeux est normal et il distingue bien les couleurs.

Madame..., atteinte d'ataxie locomotrice manifeste et avancée, débutée il y a 20 ans, par une diplopie, qui trois mois plus tard disparut complètement.

Six mois après le début de la maladie, elle eut des douleurs suivies de faiblesse des jambes. Ces douleurs eurent nettement une année plus tard, le caractère des douleurs fulgurantes, la faiblesse augmenta rapidement de telle sorte que depuis 16 ans, elle ne peut plus marcher. Néanmoins depuis la disparition subite de la diplopie la vue est restée normale.

Je ne crois pas qu'il y a lieu de suspecter le diagnostic de tabes, chez le mari.

Il est à remarquer dans cette observation le début et l'évolution rapide du tabes qui chez le mari est survenu après un mois d'intervalle de ses troubles oculaires. Le Dr Pearce insiste aussi sur la forme peu habituelle de l'anesthésie.

De même l'évolution est en réalité lente et contraste en quelque sorte avec le début.

Coïncidence curieuse, la femme avait commencé vingt années auparavant le tabes, par de la diplopie, son mari ne fit que l'imiter; en échange les deux malades ont non seulement conservé leur acuité visuelle normale, mais ils n'ont plus jamais eu des troubles oculaires moteurs.

Le Dr Weir Mitchell, ne fait que mentionner malheureusement, les trois autres observations de tabes conjugal;

Dans la première, il n'existe pas d'antécédents syphilitiques et la femme, je souligne ce fait est devenue tabétique, cinq années avant son mari.

Dans la deuxième, on a trouvé la syphilis chez le mari.

Dans la troisième c'était la femme qui était atteinte de syphilis.

Remarquons que dans la première observation la femme précède le mari de 5 ans dans la série des troubles tabétiques; nous avons vu que cet intervalle a été de 20 ans, dans l'observation que nous venons de citer en détails.

Erb, le grand partisan de la théorie syphilitique du tabès, dont les travaux et statistiques retentissantes sur cette question sont universellement connues, donne dans le n° 11 du *Berliner klinische Wochenschrift* de l'année 1896, l'observation suivante de tabès conjugal, qui est aussi intéressante que courte :

Le mari a eu la syphilis il y a 20 ans, actuellement, il présente des plaques muqueuses et est suspect de tabès : signe d'Argyll-Robertson et abolition du réflexe patellaire.

Depuis 2 ans sa femme est tabétique à n'en pas douter.

Résumons : Infection syphilitique certaine, le mari se trouve à la période préataxique, tandis que la femme est franchement tabétique depuis deux ans. C'est la troisième fois que nous voyons ce fait se reproduire.

Dans la très intéressante thèse de Léon Injelrans faite à la Salpêtrière dans la service de M. Déjérine qui est intitulée : *Etude clinique des formes anormales du Tabes* » ; on trouve à la page 41 une observation de tabes conjugal. Cette observation est très incomplète car elle n'est donnée que comme un exemple d'ataxie survenue d'emblée chez la femme.

N'ayant pu retrouver la malade qui fait le sujet de cette observation, je la donnerai in-extenso, telle qu'elle est relatée dans la thèse d'Injelrans, me contentant simplement de mettre en évidence quelques faits qui deviennent plus intéressants au point de vue du tabes conjugal.

L'observation du mari est comprise dans celle de la femme ; je me permettrai pour la commodité de l'exposition, de la citer à part ; tout en ayant soin de ne rien modifier au point de vue de l'exactitude des données.

Mme Rosalie... âgée de 44 ans, domestique, entrée à la Salpêtrière le 31 mars 1892 dans la service de M. Déjérine salle Louis n° 17.

Antécédents héréditaires — Père mort à 63 ans, cardiaque ou brighique, il avait un tremblement constant. Mère morte à 36

ans de phtisie pulmonaire. Cinq frères et sœurs morts en bas-âge.

Antécédents personnels. — Tempérament nerveux, émotivité, malaises. Rougeole, à 15 ans, incontinence nocturne d'urine. Très bien réglée à partir de 16 ans.

Mariée à 23 ans ; son mari a été bien portant jusqu'en 1891, époque où il est devenu tabétique. Il nie la syphilis, sa femme non plus n'en présente pas de signes. Aucune grossesse.

Le mari a des douleurs fulgurantes avec un peu d'incoordination ; signe de Romberg et disparition du phénomène du genou.

Début. — Il y a environ 8 ans, la malade faisant son service de domestique, s'aperçut qu'elle tremblait et à maintes reprises pendant une période de deux ans, il lui semblait qu'elle n'était pas solide sur ses jambes et qu'elle allait tomber.

Novembre 1891. — Elle court après un tramway, elle y monte, et à peine s'y trouve-t-elle qu'elle se sent malade. Elle en descend avec peine et cherche en vain à marcher droit. Ses jambes efusaient presque de la porter, en même temps, dit-elle, tout lui faisait mal dans la tête. Elle retourne chez elle à grand peine en allant tout de travers.

A partir de ce jour, elle a dû rester presque constamment chez elle. Elle n'a jamais eu aucune douleur dans les jambes, à peine de temps en temps sent-elle un élancement très rapide dans le dos et fort douloureux. Voyant qu'elle marche aussi mal, elle va passer deux mois à l'hôpital Necker.

Après sa sortie, elle va prendre des bains de mer ; quelques jours après la marche est devenue impossible. Depuis lors elle n'a plus notion de la résistance du sol.

Depuis 3 ans donc, elle a demeuré chez elle, dans le même état qu'à présent, c'est-à-dire tout à fait ataxique. En 1895,

malgré son état cachectique elle devient enceinte, son mari étant lui-même tabétique à ce moment. La grossesse marche normalement; au moment de l'accouchement, elle va à l'hôpital Beaujon. D'après ses dires, elle n'aurait eu aucunes douleurs et il y aurait eu une inertie utérine complète. Application du forceps douloureuse. Elle accouche d'un garçon qui a été mis en nourrice à la campagne. Il a actuellement 20 mois, la mère le dit bien portant et il paraît tel sur une photographie.

Etat actuel. — La malade est venue à la consultation avec son mari, chez qui on a constaté un tabès ayant débuté il y a 6 ans et présentant les signes décrits plus haut.

Elle ne peut faire un pas sans être soutenue sous les bras : elle lance les jambes d'une façon désordonnée. Il y aurait trois ans que l'ataxie est aussi accentuée. Dès qu'on l'interroge elle est prise d'un violent tremblement des mains et de la tête (héréditaire ?).

Dans sa chambre, elle déclara pouvoir faire quelques pas en se tenant à une chaise.

A l'hôpital nous n'avons pu la faire tenir debout. Elle a la sensation de marcher sur de l'ouate ; elle perd quelquefois ses jambes dans son lit.

Quelquefois incontinence d'urine totale la nuit, souvent elle perd des gouttes dans la journée. Souvent aussi besoins d'uriner impérieux et fréquents. Rappelons qu'à 14 ans elle a eu de l'incontinence, signe de Westphall. Myosis bilatéral prononcé avec tique d'Argyll Robertson. Pas de diplopie, ni de ptosis, par de dyschromotopsie. Acuité visuelle à gauche diminuant un peu depuis quelque temps.

Troubles accentué de la sensibilité cutanée dans tous ses mo-

des sur les membres inférieurs ; zones considérables d'anesthésie et d'analgésie, plante du pied insensible.

Aux points où la sensibilité persiste, retard de 6-7 secondes. Aux bras, anesihésies disséminées, pas d'ataxie, ouïe normale, ni crises gastriques, ni arthropathies. Amyotrophie des quatre membres et amaigrissement extrême. Tuberculose pulmonaire au deuxième degré, anorexie ; pas d'hémoptysies. L'aspect cachectique est excessivement marqué. Elle mange très peu, dégoût de la viande. Pas de vomissements.

J'ai appris par l'obligeance de M. Thodhary, alors interne du service, que la malade ayant quitté la Salpêtrière est morte chez elle, quelques mois après de sa tuberculose pulmonaire.

Le mari présentait peu d'incoordination lorsqu'il est venu à la consultation de M. Déjerine, mais se plaignait de douleurs fulgurantes, de plus il avait le signe de Romberg et l'abolition des réflexes ce qui complète d'une manière certaine le diagnostic de tabès.

Dans cette observation on ne saurait incriminer aucun antécédent infectueux connu, puisque toute spécificité est niée.

La femme, qui était plus incoordonnée, quoique n'ayant pas de douleurs fulgurantes aussi vives que son mari, a été atteinte de tabès deux années plus tôt.

Dans le *British medical Journal* du 9 avril de cette année, Trevelyan, a publié une observation de tabès conjugal des plus intéressants.

M^{me} AL. âgée de 55 ans, mariée il y a 36 ans. Depuis 27 ans environ elle a des douleurs fulgurantes dans les épaules. Une année plus tard elle eut de la difficulté dans la marche avec sensation de lourdeurs dans les jambes et dans les pieds. A deux reprises il y a 20 ans et il y a 5 ans, elle a été admise à l'hôpital, cette seconde fois à l'occasion d'une arthropillie du genou gauche.

Elle garde le lit depuis deux ans et demi ; une fracture spontanée de la jambe droite date depuis presque un an.

Etat actuel. — Bien constituée, c'est une femme plutôt vigoureuse, elle a un myosis marqué.

Les pupilles ne réagissent pas à la lumière. Elle ne peut ni marcher et ni même se tenir debout. Les douleurs dans les jambes ne sont pas aussi fortes qu'auparavant, et dans ces derniers mois elle n'a pas eu de vomissements et des crises gastriques douloureuses, elle n'a pas non plus des douleurs en ceinture.

Elle n'a pas de perte marquée de la sensibilité au toucher, excepté à la face externe des cuisses, où il existe aussi une perte de la sensibilité à la douleur.

L'incontinence d'urine alterne avec une difficulté manifeste de la miction.

Les genoux sont gonflés, le genou gauche est beaucoup plus déformé que le genou droit, on perçoit des craquements mais il ne semble pas y avoir beaucoup de liquide, du reste les genoux n'ont jamais été très douloureux. L'ancienne fracture du tibia s'est consolidée avec un cal énorme, qui paraît être assez résistant.

Elle a eu de temps en temps des douleurs fulgurantes dans les bras.

La malade peut coudre aujourd'hui, très aisément.

M. J. L... âgé de 58 ans, les douleurs fulgurantes sont apparues il y a 26 ans et bientôt après elles ont été suivies de difficulté de la marche à laquelle a fait suite une incoordination telle que le malade était obligé de marcher sur les genoux.

Lui aussi a été reçu à l'hôpital il y a 23 ans. Il y a déjà 14 mois qu'il garde le lit. Une attaque d'hémiplégie franche est survenue depuis environ un an, qui néanmoins commence à s'améliorer bientôt.

Etat actuel. — Les pupilles sont petites et inégales, la pupille droite est la plus grande. Pas de réaction à la lumière. L'incoordination est très marqué dans les membres inférieurs.

Les reflexes patellaires sont abolis. Le malade souffre plus que sa femme. Mais il n'a pas de phénomènes gastrique. Il n'a pas non plus une perte sensible du toucher. De temps en temps il présente des signes manifestes de parésie vésicale. Il y a un peu d'incoordination des bras. Le bras et la jambe du côté gauche sont manifestement plus faibles que ceux du côté droit.

Ils ont eu 12 enfants, dont trois (le 1^{er}, 3^e, 8^e) sont vivants. Le 2^e est mort de rhumatisme compliqué d'une maladie du cœur à l'âge de 15 ans. Le 4^e, 6^e 7^e et 9^e sont morts dans le jeune âge. Le

4° est mort quelque temps après la naissance et le 10° a été mort-né.

Il y a à noter en outre, chez les deux malades, une diminution notable de l'appétit sexuel, qui chez l'homme est aboli presque complètement.

« Pour des raisons bien comprises, dit Trevelyan, une enquête rigoureuse a été épargnée à ces deux époux alités, mais l'interrogatoire fait sur les enfants a donné l'indication la plus certaine d'une syphilis antérieure chez les parents ». Il est vrai que la mortalité des enfants est des plus significatives ; mais on n'en est pas moins en droit de regretter que cette recherche n'ait pas été faite d'une façon plus scientifique. Je suis d'ailleurs un des premiers à m'incliner devant les raisons bien comprises, quand elles le sont bien, ce qui paraît être le cas ici, mais je pense que le médecin, outre qu'il dispose quelquefois de moyen très ingénieux pour faciliter ces investigations, a le devoir d'apporter la plus grande précision dans une communication scientifique.

Sans insister davantage, je constate seulement que l'une des plus intéressantes de mes observations ne me permet de faire aucune remarque, faute de date précise en ce qui concerne la spécificité. Toutefois le fait en lui-même de la spécificité est à retenir, comme certain (1).

1. M. Trevelyan, dans un nouveau travail sur le Tabes, publié dans le *Quarterly Med. Journal* de juillet 1898, a l'occasion de répé-

De plus, il est à remarquer qu'ici encore c'est la femme qui a été la première atteinte de tabès.

L'intervalle entre le tabès de la femme et celui du mari, est d'une année et demie. C'est le plus court que nous trouvons dans nos observations.

ter encore une fois, qu'il considère comme indiscutable la présence de la syphilis chez ces deux époux.

Kron (H), dans une étude récente publiée dans le *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk*, Leipzig 1898, sur l'étiologie du tabès, rapporte de nombreux cas des plus instructifs où la spécificité ressort d'une manière frappante, dans les antécédents des tabétiques. Il cite 2 cas de paralysie conjugale et nous donne aussi deux cas sur la question qui nous préoccupe.

I. — Mme A..., âgée de 46 ans, mariée à 28 ans, restée stérile. Infectée par son mari, elle dut une année après son mariage, suivre un traitement anti-syphilitique. A l'âge de 32 ans, elle commence à avoir des faiblesses dans les membres.

Symptômes actuels. — Signe d'Argyll-Robertson, signe de Westphall, signe de Romberg.

Le mari actuellement tabétique, a eu dans ses antécédents la syphilis et présente actuellement : l'abolition du réflexe rotulien, l'absence de l'accommodation à la lumière, avec persistance à la distance, et une légère paresthésie.

II. — Mme Anna K..., âgée de 32 ans, tares nerveuses (frère paralytique, père alcoolique). Infectée à l'âge de 23 ans, elle subit un traitement ioduré à l'âge de 27 ans.

Elle est stérile.

Symptômes actuels. — Inégalité papillaire, amaurose et athro-

phie du nerf optique. Signe de Westphall, signe de Romberg analgésie des extrémités.

Le mari eut vers l'âge de 20 ans la gonorrhée, présenta plusieurs fois de l'iritis ; actuellement c'est un type de tabès : signe d'Argyll-Robertson, parésie des membres, hypalgésie, impotence, etc.

C'est lui qui infecte la femme, dit le Dr Kron, quoiqu'il ne fasse pas de mention particulière à propos de son observation.

Retenons seulement de ces deux observations qui seraient sûrement plus instructives si elles étaient plus détaillées, que l'infection syphilitique certaine précédant le tabès, a déterminé aussi, dans les deux ménages ; la stérilité.

Dans la première observation le tabès a débuté chez la femme 4 années après l'infection syphilitique et étant donné l'âge relativement jeune de la malade de la seconde observation ; il y a tout lieu de croire que le début du tabès, s'est fait encore d'une manière rapide et que peut être aussi (ce dont je ne tiens pas compte, n'ayant pas à ce sujet d'affirmation précise), il a débuté par les femmes.

Je dois à l'obligeance de M. le professeur Raymond et à l'extrême amabilité de M. le Dr Chevasus, la communication de l'observation suivante :

M. C... s'est marié à l'âge de 28 ans, en 1873. Il était vigou-

reux sans être grand. Taille un peu au dessous de la moyenne, châtain ne paraissait atteint d'aucune tare.

Nulle maladie importante à relever dans sa jeunesse et son adolescence. Cependant à l'âge de 9 ans, il serait tombé du 3^e étage d'un escalier, au bas de la cage et sur la tête. Depuis cette époque, il aurait ressenti dans la tête, la nuque principalement, de violentes douleurs, mais par intermittences plus ou moins éloignées; elles n'auraient jamais disparues complètement.

A l'âge de 17 ans : syphilis.

Une fois marié, il entreprend un commerce de boulangerie qu'il est obligé d'abandonner 6 ans après, pour mettre fin à de violentes épistaxis, qui disparaissent sitôt son métier quitté.

Cinq années après il s'aperçoit que sa vue baisse du côté gauche. Il va voir le D^r Abadie qui diagnostique : une atrophie papillaire tabétique. L'œil gauche est complètement perdu au bout d'un an et les douleurs de tête reprennent plus violentes.

L'œil droit se prend ensuite, et l'atrophie suivant la même marche rapide est perdu aussi après un an. L'appétit avait toujours été conservé, le malade n'a jamais éprouvé aucune autre manifestation tabétique, excepté qu'il eut à un certain moment des douleurs fulgurantes et le signe de Romberg incomplet ; avec l'aide d'un domestique, il pouvait faire les promenades les plus longues sans aucune fatigue. Les reflexes patellaires étaient abolis (M. Raymond).

En 1892, au mois de mai, il s'aperçoit que l'ouïe diminue et bientôt il devient absolument sourd.

En 1892, au mois de juillet, « il tombe en enfance » la mémoire se perd, les idées sont incohérentes, probablement fait-il de la paralysie générale, ajoute M. le docteur Chevassus ; la miction devient difficile, le marasme survient et il meurt.

Mme C... âgée de 45 ans, grande, forte, un peu obèse. Aucune maladie à relever, ni dans l'enfance, ni dans l'adolescence, ni dans l'âge mûr. Bien réglée. Paraît ne présenter et n'avoir jamais eu « aucune lésion syphilitique apparente ». A noter, une fausse couche de 7 mois, onze mois après le mariage. Neuf ans après : une fille, vivante actuellement.

En 1897 au mois de juin, Mme C. remarque que sa vue est moins bonne du côté gauche, pas de diplopie. Lorsqu'elle ferme l'œil droit elle voit une partie seulement des objets placés à distance; la vision diminue de plus en plus du côté gauche. En 1897, l'œil est perdu, la malade ne perçoit même pas la lumière; quant au reste, la santé est florissante. Cependant, les douleurs fulgurantes, la faiblesse du sphincter vésical, qui depuis 1894 s'étaient manifestées à d'assez rares intervalles, semblent augmenter de force et de fréquence.

Le 7 janvier 1898, elle se met au lit, se sentant incapable de marcher, elle perd presque constamment ses urines; en deux jours la paraplégie la plus absolue s'est installée. Aujourd'hui elle présente le tableau clinique du tabès: Romberg, Westphall, anesthésie articulaire, et, un degré avancé d'ataxie.

M. le Professeur Raymond appelé ordonne de reprendre le traitement mercuriel et recommande la suspension quotidienne, on pratique aussi chaque jour la rééducation des membres inférieurs. Aujourd'hui, aidée de sa fille, la malade peut faire quelques pas dans sa chambre.

Au mois de février, l'œil droit est atteint, la vision diminue de plus en plus et il est à craindre qu'il ne soit d'ici peu, lui aussi, tout à fait perdu. C'est du moins, le pronostic porté par le Dr Valude qui l'a examiné à l'ophtalmoscope, il y a environ 15 jours.

Mlle C..., 16 ans. Choréique à l'âge de 12 ans, est atteinte depuis 4 ans d'ozène. Elle a le nez en lorgnette, les dents cariées, etc.

Cette observation ne peut laisser aucun doute au sujet de la spécificité : elle est certaine chez le mari, à l'âge de 17 ans, et démontrée par toute la série des phénomènes qui se sont succédés chez lui depuis ; elle est plus que probable chez la femme (ne serait-ce qu'à titre de syphilis conceptionnelle) à cause de la fausse couche de 7 mois (survenue onze mois après son mariage) et notamment à cause des stigmates présentes par la jeune fille, qui est un type d'hérédo-syphilis, suivant la description qu'à bien voulu me donner M. le professeur Raymond.

Au point de vue du tabes conjugal, cette observation nous apparaît aujourd'hui comme une curiosité clinique. Après 22 ans de son accident syphilitique, le mari fait de l'atrophie papillaire tabétique à marche rapide du côté de l'œil gauche, une année d'intervalle à peine et le même symptôme se reproduit du côté de l'œil droit. Il résulte une cécité complète, accompagnée de douleur fulgurantes, de l'abolition du reflexe patellaire et sans la moindre ataxie ; le diagnostic de tabes s'impose, et la suite de l'observation ne fait en quelque sorte que confirmer le diagnostic.

La femme, 21 ans après son mariage ou son infection syphilitique, commence à avoir des douleurs fulgurantes, trois années après, elle commence

à avoir les mêmes troubles oculaires ; débutant par le même œil et suivant fatalement la même marche ; voilà le fait, je me garde bien de l'interpréter, le qualificatif de curieux est sûrement ce qui convient le mieux à notre ignorance.

La vue du côté de l'œil droit n'est pas encore complètement abolie, mais elle tardera pas à l'être ; c'est certain ; et j'ajoute qu'il eût peut-être mieux valu pour la malade que cette cécité survînt plutôt ; peut-être lui aurait-elle épargné, comme chez son mari resté à la période préataxique, cette évolution rapide vers le tableau complet du tabes, accompagnée de troubles sphinctériens.

Le dernier cas de tabès conjugal, que je relate dans ma thèse, s'est présenté à la consultation externe de M. Déjérine, à la fin du mois de mai dernier, le voici :

M. E. D..., âgé de 46 ans, bijoutier.

Antécédents héréditaires. — Père mort à l'âge de 36 ans à la suite d'un accident, mère âgée de 63 ans se porte bien. Deux frères et une sœur morts en bas âge, de cause inconnue. Une sœur âgée de 41 ans, est bien portante.

Antécédents personnels. — C'est le fils aîné, il est né à Paris. Ne fut jamais malade dans sa jeunesse. Pas de rougeole. Il n'a pas eu de blennorrhagie.

Fils de veuve, il fut dispensé du service militaire, mais pendant e siège il se fit enrôler comme volontaire et subit de nombreuses privations.

A 19 ans, il eût un chancre.

Un an après il avait des plaques muqueuses pour lesquelles il alla voir un médecin qui lui administra un traitement spécifique, à la suite duquel, il guérit complètement.

La même maladie ayant été contractée par sa femme, elle fut soumise au même traitement, et elle aussi guérit rapidement.

Les cinq années consécutives, il suivit d'une manière peu régulière et pendant un mois le traitement spécifique.

Au mois de décembre 1872, il eut des douleurs dans les genoux qui le forcèrent de garder le lit pendant un mois, à la suite de quoi apparurent des douleurs à caractère nettement fulgurant qui siégeaient de préférence aux jambes; les épaules étaient moins souvent atteintes, et les doigts se gonflaient au moment des crises.

Pendant 15 ans environ ces douleurs apparaissaient à intervalle d'un mois, mais depuis cinq, elle n'apparaissent qu'à de plus grands intervalles, aussi elles sont bien plus douloureuses et surtout les douleurs en ceinture qui datent depuis un an, sont particulièrement vives.

Il y a 12 ans, le malade vit pour la première fois double et allant consulter un oculiste, il lui prescrivit un traitement spécifique et guérit.

Deux ans après en 1888, sa vue baissa beaucoup et il loucha de nouveau, cette fois-ci il subit une opération par avancement du droit interne, mais depuis il n'a plus cessé de loucher et dès qu'il fixe un objet, il le voit double; mais il n'est que fort peu incommodé par ses troubles oculaires.

En 1889 étant atteint d'influenza, on fit l'examen de l'urine et on lui trouva du sucre, 52 gr. par litre, dit-il. A plusieurs reprises l'analyse ayant été refaite, on trouva toujours du sucre; la dernière analyse date de 1894, elle décela la présence de 2 gr. de sucre par litre.

C'est en 1893 qu'un matin en se levant, il observa pour la première fois que son épaule droite « était démontée ». Il n'avait jamais ressenti la moindre douleur quoiqu'il y eût déjà une gêne notable dans le mouvement de cette articulation.

Etat actuel — Le malade vient nous consulter pour sa main gauche qui est insensible depuis trois ans, pour un engourdissement continu du pouce et de l'index de la main droite qui date

depuis 10 ans, et pour des douleurs en ceinture qui sont atroces.

Il est de taille moyenne, il a les cheveux grisonnants, les yeux sont d'un bleu effacé. Il n'est pas amaigri et ne présente rien de particulier à la vue. Il est en possession complète de son intelligence.

L'appétit n'est pas exagéré, il digère et il dort bien quand il n'a pas de douleurs.

A l'examen des urines on trouve une petite quantité de sucre, mais depuis et à maintes reprises cet examen ayant été répété on ne trouve plus traces de sucre, du reste même au début lorsque la quantité de sucre était élevée, sa santé dit-il, ne paraissait pas en souffrir autrement.

Rien à noter du côté des oreilles.

Le sens de l'olfaction est normal, de même pour le sens du goût.

L'examen des yeux a été fait à l'hôpital Lariboisière par M. le Dr Rochon-Duvigneau, à qui je dois mes remerciements pour l'amabilité qu'il a eu de me transmettre la note suivante : Rien que des troubles moteurs ; troubles sensoriels secondaires du côté droit, sans lésions. Pupilles inégales. Reflexes pupillaires abolis à la lumière. Strabisme divergent de l'œil droit, opéré par avancement du droit interne résultat partiel, cependant la déviation persiste atténuée : amblyopie sans lésions.

L'œil droit n'a plus que 0,6 d'acuité visuelle avec $\mp$ 0 d. 50. L'œil gauche a V = I avec le même verre. L'accommodation est parésiée ; le malade âgé de 46 ans, hypermétrope de 0 d. 50, se sert pour lire de verres convexes de 3 d.

Fond des yeux normaux, champs visuels normaux, vision des couleurs normale.

Rien du côté de l'appareil digestif.

Rien du côté des poumons.

Le cœur est normal.

Le foie ne dépasse pas le rebord des fausses côtes.

A la face la sensibilité est normale dans tous ses modes.

L'épaule droite est le siège d'une arthropathie tabétique manifeste, pas douloureuse, accompagnée d'une atrophie marquée du sus-épineux, du grand pectoral et surtout du deltoïde.

Le mouvement d'élévation est impossible. On perçoit facilement des craquements et on trouve sans difficulté la tête humérale qui est déjetée en dedans.

Rien à noter en ce qui concerne la sensibilité de l'épaule droite, de même pour le bras et l'avant bras.

A la main, le pouce et l'index qui sont continuellement engourdis perçoivent sur leurs deux faces, d'une manière moins nette, les sensations de tact et de chaleur et sont presque insensibles à la piqure.

La sensibilité est normale à l'épaule et sur le bras du côté gauche. Sur l'avant-bras on trouve des zones, ou mieux des placards d'hyperesthésie sans localisation déterminable au point de vue anatomique, de plus la perception douloureuse de la piqure se fait avec un notable retard, tandis que le froid produit une impression douloureuse ou de brûlure.

Sur la face dorsale et sur la face palmaire du métacarpe, la piqure est perçue, mais le malade ne peut pas localiser avec précision.

Le pouce, l'index, le médus et la face de l'auriculaire qui regarde le médus sont complètement insensibles à la douleur, au toucher et à la chaleur.

Le sens articulaire est aboli. Le malade ne se rend pas compte des attitudes qu'on imprime à sa main, mais, avec cette main il re-

produit exactement tout mouvement ordonné, ainsi que l'attitude de la main droite, quand on lui ferme les yeux.

Il n'a pas de sens sthéréognostique et il est ataxique d'une manière marquée de sa main gauche.

L'examen électrique fait dans le service de M. Dejerine, par Mlle Feinkind a donné une très légère diminution de la contractilité faradique et galvanique des muscles fléchisseurs de la main gauche, sans réaction de dégénérescence.

Au dynamomètre on ne trouve pour la main gauche que 20 tandis qu'avec la main droite le chiffre 60 est atteint facilement.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité au thorax et à l'abdomen.

Le réflexe abdominal existe.

Pour les muscles inférieurs, la sensibilité a été trouvée normale dans tous ses modes.

Mais les reflexes patellaires sont complètement abolis, les reflexes plantaires paraissent exagérés.

Le malade est simplement gêné quand il marche dans l'obscurité. Le signe de Romberg y est incomplet.

Depuis bientôt six ans le malade ne tient pas à avoir de rapports sexuels, il est incapable de pratiquer le coït. Il urine facilement. Pas de troubles vésicaux.

Le réflexe crématerien n'existe pas.

Mme J. D... âgée de 48 ans 1/2, passementière.

Antécédents héréditaires. — Père asthmatique, tempérament nerveux, ayant un tic facial, mort à la suite d'une apoplexie sur-

venue à l'âge de 55 ans. Mère, migraineuse, morte à 50 ans d'une maladie hépatique ?... Une sœur morte à l'âge de 12 ans, trois sœurs ayant dépassées la cinquantaine se portent bien.

Antécédents personnels. — Vers l'âge de 7 ans, elle eut la rougeole, quelques années plus tard elle eût ainsi que ses sœurs la petite vérole. Réglée à 12 ans, elle a été depuis toujours bien réglée.

A l'âge de 18 ans, elle eût un érysipèle de la face, qui n'a pas récidivé.

Agée de 22 ans, elle se maria en 1874 et fit une fausse-couche de quatre mois et demi. Deux mois après cette fausse couche, elle eût des plaques muqueuses qui guérissent à la suite de l'administration d'un traitement ioduré.

En 1877 elle fit une seconde fausse couche, qu'elle attribue à un coup reçu par une voiture à bras onze jours auparavant.

La même année, elle eut une grenouillette opérée par M. Panas à l'hôpital Lariboisière.

En 1889, elle mit au monde un enfant qui vécut 10 minutes, quoiqu'étant né à terme et après un accouchement qui ne fut pas très laborieux.

Quelques années auparavant elle avait des douleurs de tête intenses et consécutivement elle eut des douleurs précordiales avec angoisse de la respiration.

En 1893, ménopause.

En 1894, les trois derniers doigts de la main droite se sont engourdis et depuis ils ont continué d'être engourdis, la malade y perçoit par moment des picotements.

L'année suivante, la malade ressentit un engourdissement pareil dans la jambe gauche qui se fatiguait pour le moindre mouvement et qui devint rapidement lourde, étant en plus le siège de véritables douleurs fulgurantes.

Au commencement du mois de mai de cette année, la malade alla consulter M. le professeur Panas pour une diplopie survenue brusquement qui l'adressa à M. Déjerine.

Aujourd'hui la malade vient nous consulter pour de la difficulté de la marche, engourdissement de la jambe gauche et douleurs fulgurantes, pour des crises gastriques.

Etat actuel. — Elle est de petite taille et amaigrie, d'apparence chétive. Nerveuse elle rit elle pleure à tout propos. Elle n'a pas de maux de tête, mais elle a beaucoup de peine à dormir la nuit.

Pas de signes d'éthylisme, elle est aussi sobre que son mari. Ils n'ont jamais fait aucune sorte d'excès.

L'acuité auditive est normale. Rien de particulier à noter pour l'odorat et la sensibilité prestative.

L'examen des yeux fait par M. Rochon Duvigneau a donné : rien que des troubles moteurs, aucun trouble sensoriel. signe d'Argyll-Robertson. Myosis marqué, pupilles égales. Parésie du droit inférieur et du droit interne de l'œil droit. Mouvements nystagmiques de cet œil ; pas de troubles musculaires de l'œil gauche accommodation conforme à l'âge de la malade. Fond de l'œil normal, acuité visuelle normale. Vision des couleurs et champ visuel normaux.

A la face des deux côtés, il y a une très notable hyperesthésie à la douleur, la douleur est également bien perçue des deux côtés. La sensibilité au toucher aussi.

Presque tout l'avant-bras droit est le siège d'une hyperesthésie manifeste avec un retard de perception qui varie entre 2-3". La sensibilité à la chaleur et au contact sont normales.

Le médius, l'annulaire et le petit doigt, sont le siège d'un engourdissement continu, de plus des douleurs lancinantes s'irradient vers le bord cubital de l'avant-bras. Sur ces doigts il existe

une hyperesthésie marquée, avec un retard de perception qui varie entre 4 et 7 secondes. Le toucher, la sensibilité à la chaleur et au froid sont perçues normalement.

Sur le membre supérieur gauche, la sensibilité est normale dans toutes ses modalités, excepté pour le pouce et l'index où il y a un léger retard de perception avec hyperesthésie à la piqure.

Les réflexes du coude sont faibles, ainsi que ceux du poignet.

Au dynamomètre on a obtenu 50 pour la main droite et 40 pour la main gauche.

Pour les membres inférieurs il y a à noter une hyperesthésie à la piqure sur le dos du pied droit, et un retard de perception qui oscille entre 3-4 " sur le dos du pied gauche.

La jambe gauche qui est la jambe douloureuse et lourde, résiste à l'extension beaucoup moins bien que la jambe droite, Mademoiselle Feinkind a trouvé une diminution de la contractilité faradique et galvanique du triceps crural gauche sans réaction de dégénérescence.

Les réflexes plantaires existent, mais les réflexes du genou sont complètement abolis.

La malade a beaucoup de difficulté à marcher dès qu'il fait sombre, dans l'obscurité la marche lui devient presque impossible.

Le signe de Romberg est au complet.

Elle perd ses jambes dans son lit.

Depuis nombre d'années, le malade se plaint de douleurs gastriques, accompagnées de vomissements liquides et de couleur verdâtre. Ces crises gastriques surviennent depuis quelque temps à peu près chaque matin, elles sont particulièrement vives et rebelles à tout traitement.

De plus, elle est obligé de se réveiller deux ou trois fois la nuit pour uriner ; l'envie d'uriner survient chez elle brusquement et se manifeste par un besoin impérieux qui nombre de fois la fait uriner au lit et quelquefois même elle perd des gouttes d'urine dans la journée.

Je résume cette observation en rappelant que les antécédents spécifiques sont ici encore des plus certaines, l'infection syphilitique du mari a eu lieu dans le jeune âge et cette fois-ci c'est le mari qui a commencé à avoir les premiers signes du tabès ; pendant cet intervalle la femme a fait trois fausses couches et ensuite elle est devenu tabétique. Actuellement elle est franchement tabétique tandis que le mari n'est qu'à la période préataxique ; elle souffre plus de ses jambes, tandis que son mari souffre de ses mains.

Les deux époux ont fait des troubles oculaires purement moteurs.

La première réflexion qui s'impose après la lecture de ces observations, c'est qu'elles diffèrent tellement les unes des autres, qu'il semble au premier abord impossible, de tirer quelque profit de leur comparaison.

Les diverses stades de l'évolution du tabès, ainsi que les formes cliniques habituelles qui sont représentées d'une manière aussi irrégulière et aussi peu schématique qu'ils se voient dans la réalité.

Les complications habituelles du tabès s'y rencontrent au moins avec la même fréquence : les crises gastriques avec vomissements, les troubles sphinctériens, les troubles génitaux, figurent pour une large part ; dans une observation on trouve un cas de mal perforant du gros orteil, nous avons deux observations avec arthropathie tabétique dont une avec fracture spontanée.

Pour les formes insolites du tabès nous l'avons vu débiter par de la diplopie, par de l'atrophie papillaire, nous avons trois cas de tabès avec hémiplegie, rapidement amélioré enfin deux tabétiques ont présenté des lésions syphilitiques concomitantes ce qui est particulièrement rare.

Il ne nous est permis à l'heure actuelle de faire aucune différence entre le tabès tel qu'on l'observe

chez un individu isolé et le tabès conjugal, car à n'importe quel autre point de vue que nous le considérons, soit au point de vue de l'âge, soit au point de vue de l'évolution, on arrive à cette conclusion banale, qu'il y a entre eux la plus parfaite identité. Peut-être par la curiosité et par l'intérêt du tabès conjugal, la richesse symptomatique de cette maladie est mieux mise en évidence, mais nous n'avons le droit, étant donné l'état actuel de nos connaissances, d'essayer de créer des subdivisions et des espèces qui seraient du reste également applicables au tabès ordinaire.

Le tabès ne s'observe pas toujours à la même période d'évolution chez les deux époux ; nous n'avons que quatre observations où le mari et la femme sont à la période d'incoordination ; tandis que dans sept observations l'un des époux, le plus souvent le mari, se trouve à la période préataxique. Enfin, chose intéressante à noter, trois fois le tabès du mari seulement s'est terminé par de la paralysie générale.

Il résulte aussi de nos observations que la femme a plusieurs fois commencé la maladie tabétique avant le mari, quoique celui-ci soit quatre fois resté à la période préataxique.

Je ne dirai que quelques mots sur l'hérédité, qu'il est toujours difficile de mettre en évidence, car on ne rencontre pas toujours des tares nerveuses que l'on puisse incriminer.

Mais si l'on est contraint d'admettre aujourd'hui une certaine prédisposition héréditaire ou acquise

pour le tabès. On n'en n'est pas moins obligé d'admettre au point de vue scientifique, une influence infectieuse ou toxique spéciale qui détermine le tabès dans des conditions données; car l'expression: « Ne fait pas du tabès qui veut », a son pendant qui a tout autant de valeur : « Il y a beaucoup de gens qui devraient avoir du tabès et qui n'en ont pas. »

Quant aux antécédents, ils présentent avec la même fréquence brutale que dans le tabès ordinaire et peut-être davantage, la syphilis ; si j'en excepte l'observation de Léon Ingelrans, où les antécédents spécifiques sont niés, ainsi que dans deux autres cas rapportés par Weir Mitchel, toutes les autres observations ne supportent aucun doute à cet égard. Elle présente toutes les formes, elle est bénigne ou maligne, elle a été bien traitée, elle a été traitée mal ou pas du tout, sans que cela ait l'air d'influer en quoi que ce soit sur l'évolution du tabès; et même, deux de nos tabétiques présentaient des lésions concomitantes de syphilis ce qui est très rare.

Est-ce la syphilis qu'il faut plus particulièrement incriminer ? Est-on en droit de supposer que le rôle de la syphilis sur le tabes, appartient à une forme plus spéciale de cette affection (Marie) ?

Je crois qu'il n'y a pas lieu d'insister davantage ; tout ce que l'on sait, depuis les travaux du Professeur Fournier, c'est que son absence dans les antécédents des tabétiques est la très grande exception.

Elle existe 13 fois au moins dans les 16 observations de tabes conjugal ! De plus il y a à noter

ce fait particulier que huit fois sur onze, l'intervalle entre la syphilis et les premiers symptômes du tabes a été plus court chez la femme.

Enfin, dans une seule observation il y a trois enfants bien portants, dans toutes les autres il y a des fausses couches ou une mortalité significative des enfants, quelques ménages sont restés stériles ; mais le plus souvent la famille est réduite à un seul enfant qui quelques fois est atteint d'hérédo-syphilis ou une maladie de Friedreich.

A cet égard — même aux yeux des sceptiques — une infection virulente de syphilis conjugale ne saurait laisser aucun doute.

Etant donné que les cas de tabès chez la femme sont relativement rares, on a droit de ne pas penser, lorsqu'on voit un cas de tabes conjugal, à une affaire simplement de coïncidence, et surtout lorsqu'on en voit plusieurs comme nous, où les femmes anticipent en quelque sorte dans l'évolution du tabès, après avoir eu dans leurs antécédents une certaine infection commune avec celle de leurs maris.

L'hystérie pourrait à la rigueur jouer un certain rôle, mais il est difficile de lui attribuer la création d'un tabes aussi parfait que ceux que nous venons de voir ; autre part ; le tabes, je ne sais s'il faut le dire, n'est pas une maladie reconnue infectieuse.

Donc, sous peine de faire une erreur logique, il faut admettre que dans la majorité des cas, il existe un tabes conjugal, qui doit relever sans aucun doute d'une cause unique : infectieuse ou intoxicante.

BIBLIOGRAPHIE

1888. STRUMPELL. — Neurologisches Centralblatt. Leipzig.
1889. ORMEROD. — Hospital Reports, vol. XXV. London.
1890. DAWSON TURNER. — The Lancet 1 Nov. Edimburg.
1892. GOLDFLAM. — Deutsche Zeitschr. f. Nerveuheilkunde.
1895. MENDEL. — Neurolog. Centralblatt.
1895. SAVARY PEARCE et WEIR MITCHELL. — Journal of Nerv. and Mental Disease, vol. XX. New-York.
1896. ERB. — Berliner Klinische Wochenschrift n° 11.
1896. INGELRANS. — Th. de Paris, 30 juin 1897. Steinheil.
1897. TREVELYAN. — British Med. Journal.
1898. KRON (H.). — Deutsche Zeitsch. f. Nervenhe. XII.
-

Vu le président de la thèse.

RAYMOND.

Vu le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	9
Observation de Strümpell.	20
— Ormerod.	22
— Dawson Turner	30
— Goldflam.	32
— Mendel	35
— Savary Pearce et Weir Mitchell	39
— Erb	45
— Ingelrans.	47
— Trevelyan.	51
— Kron (H.)	55
— Professeur Raymond et D ^r Chevassus	56
— Personnelle	61
CONCLUSION	71

